



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

DENISE BECKER  
FERNANDA SIMAS FRANÇA  
VANESSA MARTINS DA SILVA

RELATÓRIO DE PESQUISA

**EMPODERANDO AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM CENTRO  
DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS**

FLORIANÓPOLIS,  
Dezembro de 2010.

Denise Becker  
Fernanda Simas França  
Vanessa Martins da Silva

## RELATÓRIO DE PESQUISA

### **EMPODERANDO AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM CENTRO DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação  
em Enfermagem da Universidade Federal de  
Santa Catarina - UFSC - como requisito  
parcial à obtenção do título de Graduação em  
Enfermagem.

Orientadora:

Prof<sup>a</sup> Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Supervisoras:

Mariléia da Silva  
Larissa Helena Lamego Mattos


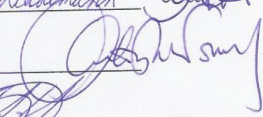


FLORIANÓPOLIS,  
Dezembro de 2010.

DENISE BECKER  
FERNANDA SIMAS FRANÇA  
VANESSA MARTINS DA SILVA

## EMPODERANDO AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM CENTRO DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª UC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

### Banca Examinadora

Tronete Teresinha Schüller Buss Rademann   
Antonio Miranda Worny   
Marilcio da Silva   
Larissa Helena Lamego Mattos 

Florianópolis, 29 de novembro de 2010.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradecemos a receptividade dos profissionais, e também pelo seu apoio e contribuição, essenciais para a concretização deste trabalho, sem os quais não seria possível realizá-lo.

Aos nossos mestres que nos acompanharam durante toda nossa caminhada acadêmica. Por toda sabedoria, por ampliar nossos horizontes e nos mostrar novos caminhos. Temos a certeza de que levaremos um pouco de cada um de vocês, ao final de nossa formação acadêmica.

Em especial à Professora Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann por sempre se mostrar disponível. Por nos instigar à busca do conhecimento e do pensamento crítico. Sempre nos proporcionando oportunidades de superar novos desafios.

A nossa família e nossos amores por todos os ensinamentos ao longo de nossas vidas, além de todo amor e incentivo. Por se fazerem sempre presentes, mesmo que, às vezes, na distância. Pelo companheirismo e cumplicidade. E, especialmente, não poderíamos deixar de agradecer pela resignação de compreender a tão dita frase: “eu tenho muita coisa para fazer”.

## APRESENTAÇÃO

BECKER, D; FRANÇA, F.S; SILVA, V.M; **Empoderando as equipes de saúde da família de um centro de saúde em Florianópolis.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Trata-se de um relatório de pesquisa desenvolvido por acadêmicas da 8ª fase da unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo pré-requisito para a conclusão do curso. Tem por objetivo fortalecer o empoderamento das equipes, de um Centro de Saúde na lógica da Estratégia de Saúde da Família. Para o desenvolvimento da pesquisa, utilizamos como metodologia o itinerário de pesquisa de Paulo Freire, através das etapas de investigação temática, codificação, decodificação e desvelamento crítico, por meio de sete círculos de cultura com aproximadamente uma hora de duração. Como referencial teórico foi utilizada as bases teóricas das conferências nacionais e internacionais de saúde, como a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no Canadá e a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Os sujeitos da pesquisa consistiram em profissionais de duas equipes de saúde da família: um médico, dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, cinco agentes comunitários de saúde e dois assistentes administrativos, totalizando quinze sujeitos. O período de coleta de dados compreendeu os meses de agosto a novembro de 2010, sendo registrados por meio de gravações e observações escritas durante a realização dos círculos de cultura. Consta no relatório: introdução, objetivos, justificativa, revisão de literatura, referencial teórico, cenário, metodologia, resultados, sendo este capítulo apresentado sob forma de artigo, considerações finais, referências e apêndice.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	7
2 OBJETIVOS .....	10
2.1 Objetivo Geral.....	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
3 JUSTIFICATIVA .....	11
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
6 CENÁRIO .....	20
6.1 Características Gerais do Bairro Armação .....	20
6.2 Centro de Saúde da Armação.....	22
7 METODOLOGIA .....	24
7.1 Delineamento da pesquisa .....	24
7.2 Círculos de cultura .....	25
7.3 Itinerário Freireano.....	26
7.4 Sujeitos da pesquisa.....	29
7.5 Procedimentos para a coleta de dados.....	29
7.6 Análise dos dados.....	30
7.7 Procedimentos éticos.....	30
8 RESULTADOS .....	32
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	49
REFERÊNCIAS .....	51
APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO SUJEITO DA PESQUISA .....	53

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**PNPS** – Política Nacional de Promoção da Saúde

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**CS** – Centro de Saúde

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**LOS** – Leis Orgânicas de Saúde

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**PNAB** – Política Nacional da Atenção Básica

**RH** – Recursos Humanos

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito de Promoção da Saúde vem sendo difundido e amplamente discutido desde a década de 70, momento em que surge o Relatório Lalonde, produzido pelo Ministério de Bem Estar e Saúde do Canadá. Tal relatório foi o primeiro documento governamental a conter uma coletânea de idéias conceituais sobre saúde, que refletia de alguma forma positiva para a formação de um novo conceito, com um olhar amplo sobre a assistência de saúde e não focado na doença, cogitava a necessidade de intervir através de ações que procuravam refletir positivamente nos comportamentos individuais não saudáveis (CARVALHO, 2004).

Na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, no Canadá em 1986, foi elaborada a Carta de Ottawa, na qual consta o atual conceito da Promoção da Saúde, apresentando também pré-requisitos e recursos fundamentais para a saúde da população: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Além disso, a Carta de Ottawa apresenta cinco estratégias e ações de promoção da saúde: constituição de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reorientação dos serviços de saúde; reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidade pessoal (OPAS, 1986).

A atenção à saúde no Brasil tem investido fortemente na Promoção da Saúde, enquanto necessidade, diante das mudanças sociais, políticas e do perfil epidemiológico que o país vem sofrendo nas últimas décadas e que produzem mudanças significativas para a vida em sociedade (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Na década de 1970, surge o movimento da Reforma Sanitária no Brasil, desencadeando o debate para um novo modelo de atenção à saúde, através de movimentos sociais. Com isso, a introdução de novas concepções de promoção da saúde por meio da mobilização de diversos setores da sociedade, culmina na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e toda a sua legislação constitucional (HEIDEMANN, 2006).

A criação do SUS vem para propor transformações no sistema de saúde no Brasil, introduzindo os princípios doutrinário-organizacionais: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e regionalização, participação popular, como direito de todo o cidadão e dever do Estado.

Nos últimos anos, a atenção à saúde no Brasil tem investido fortemente em



políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde diante de grandes mobilizações para a construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) surge, com o objetivo de “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006, p. 17).

Para dar continuidade e força à reforma do sistema de saúde, o governo propõe em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1993, o Programa de Saúde da Família (PSF), que hoje já se constitui como Estratégia. Desta forma o PACS vem para reforçar o vínculo entre os profissionais da saúde e a comunidade, construindo uma espécie de “ponte” entre o serviço e a população.

A Saúde da Família constitui-se como estratégia para reestruturação do sistema de saúde do país, visando à reorganização das práticas e serviços de saúde contemplando os princípios e diretrizes para a consolidação do SUS.

Saúde não se resume apenas a ausência de doença, se compreende por qualidade de vida, dentro da realidade do processo de saúde e doença do indivíduo. Esta mudança de concepção de saúde nos traz novos horizontes para atuação da promoção da saúde e para a criação de políticas públicas mais abrangentes do ponto de vista social, cultural e econômico. A partir daí o trabalho multidisciplinar ganha força na luta por melhoria na qualidade de vida, no cuidado individual e coletivo, levando em consideração as características próprias de cada população.

Sendo assim, “o entendimento de como os membros de um grupo podem afetar as circunstâncias da vida, é crucial para identificar a falta de poder como uma fonte de problemas, no sentido de alcançar uma mudança social mais do que a individual” (Teixeira apud Gutierrez 1992 apud Bernstein et. al., 1994: 283).

De acordo com Teixeira (2002, p. 24) “o *empoderamento* está associado a formas alternativas de se trabalhar as realidades sociais, suporte mútuo, formas cooperativas, formas de democracia participativa, autogestão e movimentos sociais autônomos”.

Esse conceito filosófico que menciona a possibilidade de indivíduos e coletivos terem um aumento do controle sobre determinantes da saúde que procuram resultar em uma melhor qualidade de vida, que é o *empoderamento*, também está associado e inserido ao que rege a Promoção da Saúde envolvendo suas estratégias de ação

mencionadas.

A partir dessas considerações, o questionamento base para a realização da nossa pesquisa é: “As equipes do Centro de Saúde estão *empoderadas* na lógica da Estratégia da Saúde da Família para promover ações de saúde aos seus usuários?”

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

*Empoderar* as equipes de um Centro de Saúde, na lógica da Estratégia de Saúde da Família.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar, com as equipes, quais ações de saúde são desenvolvidas e se estão incorporadas na lógica da Estratégia de Saúde da Família;
- Dialogar com os profissionais acerca da sua inserção na equipe de saúde da família;
- Refletir acerca do *empoderamento* da equipe.

### 3 JUSTIFICATIVA

Através do diálogo com membros da equipe do Centro de Saúde (CS) o qual foi desenvolvida a pesquisa, refletimos que os profissionais desenvolvem grande parte de suas ações de forma individual e fragmentada, reproduzindo o modelo biomédico inserido no contexto histórico de sua formação. Apresentam dificuldades de realizar atenção em saúde em equipe em virtude do pouco contato entre os profissionais, visto que estes frequentemente são remanejados para outros centros de saúde.

Soma-se a isso, a dificuldade que as equipes tem em reorganizar o cuidado em saúde a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do SUS. Estes fatores dificultam a organização do processo assistencial e desmobilizam os profissionais para atuarem na lógica da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Diante desse contexto surgiu a idéia de fortalecer o *empoderamento* desses profissionais para possibilitar que eles se tornem cada vez mais aptos a agir e criar mudanças para a melhoria de suas ações de saúde, na lógica da ESF.

Acreditamos que o *empoderamento* dos profissionais, para a inserção efetiva do trabalho na lógica da ESF irá beneficiar de forma concreta e eficaz a assistência aos usuários, com melhoria da resolubilidade e da qualidade do serviço. Além disso, os estudantes de diferentes áreas (odontologia, medicina, enfermagem) que desenvolvem suas atividades curriculares, bem como os bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), terão a oportunidade de formação e experiência em um CS realmente enraizado na Estratégia de Saúde da Família e nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A partir da elaboração da Carta de Ottawa em 1986, ficou definido o conceito de Promoção da Saúde como “o processo de capacitação de indivíduos e comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OPAS, 1986, p. 01).

Conforme as cinco ações de Promoção da Saúde da Carta de Ottawa, o desenvolvimento de habilidades pessoais torna-se nosso eixo norteador para a pesquisa, o qual menciona que “é essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência”, sendo que esta estratégia deve ser realizada em vários campos de ação, como escolas, lares, locais de trabalho e em outros espaços comunitários.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

O Sistema Único de Saúde criado pela Constituição Federal de 1988 veio como uma reformulação tanto política quanto organizacional para as ações e serviços em saúde, na qual garante a toda a população o acesso aos atendimentos de saúde, servidos pelo governo federal, sendo isto declarado no artigo 196 desta Constituição “[...] direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença, agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (OHARA; SAITO, 2008, p. 22).

Mas foi através da criação das Leis Orgânicas de Saúde (LOS) que a regulamentação do SUS foi concretizada. A LOS nº 8080 de 19 de setembro de 1990 têm por finalidade disciplinar a descentralização política administrativa e a LOS nº 8142 de 28 de dezembro de 1990, assegurar a participação da comunidade na gestão do SUS e definir os critérios para transferências de recursos financeiros na área da saúde (OHARA; SAITO, 2008).

Com isso, o processo de organização do sistema foi definido e então foram formulados e estabelecidos os princípios que regem o SUS.

Em relação aos princípios doutrinários, a **universalidade** garante os serviços de saúde a todo e qualquer cidadão, a **equidade** vem para assegurar a igualdade de oportunidades na utilização do sistema, e a **integralidade** surge para a garantia da assistência em todos os níveis de atenção à saúde. “O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (BRASIL, 1990, p. 05).

No que diz respeito aos princípios organizacionais, a **participação da comunidade** – também chamado de controle social – garante que a população participe, junto às entidades de gestão, da formulação das políticas de saúde em todos os níveis, desde o local ao federal. Já a **descentralização**, redistribui as responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os níveis de governo e a **hierarquização e regionalização** caracterizam os serviços de saúde organizados em níveis tecnológicos de complexidade crescente, dispostos na área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida.

Em 2006, o Ministério da Saúde lança o “Pacto pela Saúde”, o qual consiste

em um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as esferas de gestão do SUS. Com isso, foram definidos três eixos norteadores para o Pacto pela Saúde: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão. Todos esses instrumentos criados, visam auxiliar os gestores na construção e efetivação do SUS de acordo com seus princípios declarados na Constituição Federal (OHARA; SAITO, 2008).

A promulgação do SUS no Brasil foi efetivada com grandes dificuldades, mas vem apresentando resultados relevantes para a saúde no país. Os princípios éticos norteadores do SUS permitem que o sistema esteja realmente estruturado de forma que a população seja mais bem atendida e assegurada pela Constituição Federal, o que entra num contraste positivo em relação aos modelos de saúde que o Brasil vivenciou antes do advento do SUS (OHARA; SAITO, 2008).

O conceito de atenção primária à saúde já havia sido definido na Conferência Internacional de Saúde em Alma Ata em 1978:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade [...]. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS, 1978, p. 01).

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família em sucessão ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, como o objetivo inicial de diminuir as taxas de mortalidade materna e infantil no norte e nordeste. O PACS possibilita incorporar o agente comunitário de saúde (ACS) tanto na equipe de profissionais quanto na comunidade em que vive, o que favorece a formação de vínculo dos serviços de saúde com a comunidade. Através disso, foram sendo elaboradas as bases teóricas para a implantação e efetivação do Programa de Saúde da Família que, posteriormente, se concretizou como Estratégia da Saúde da Família.

A ESF surgiu como um modelo de organização da atenção básica através da prática multiprofissional, na qual a dinâmica de trabalho está estruturada no emprego de profissionais de diferentes competências formando uma equipe integrada com o mesmo objetivo principal de potencializar as ações em saúde para uma população adscrita em um território delimitado (OHARA; SAITO, 2008).

Junto a isso, a formação das equipes de ESF busca estabelecer vínculo com a população; estimular a organização da comunidade para exercer o controle social das

ações e serviço de saúde; atuar de forma intersetorial, utilizando os demais níveis assistenciais; intervir em situações que apresentem fatores determinantes nas condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2010).

A equipe integrante da Estratégia de Saúde da Família é composta por no mínimo um médico da família, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe é responsável por no máximo 4000 habitantes de uma determinada área. As equipes atuam tanto no CS, como nas residências e mobilizações da comunidade, promovendo assistência integral, realizando atividades de educação e promoção da saúde, atentando para os problemas de saúde específicos daquela comunidade, tendo como característica a regionalização da saúde (BRASIL, 2010).

A implantação da ESF no Brasil foi muito difundida e ficou em evidência desde sua criação, pois trouxe um modelo que superasse o antigo vigente – o qual era focado na doença – fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS visando ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação em saúde.

Como estratégias de trabalho na atenção primária de saúde, a Saúde da Família busca a articulação e a interação com as famílias e comunidade, para o conhecimento de sua realidade e desenvolvimento de ações que visam tanto a cura e a reabilitação como a promoção da qualidade de vida. Entretanto, existem pontos críticos, que necessitam ser revistos para execução eficiente e eficaz da SF, dentre eles a formação profissional adequada para esta estratégia de reorientação da atenção básica e avaliação de suas ações (HEIDEMANN, 2006, p. 19).

Os princípios e diretrizes do SUS junto ao Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, serviram de pilares teóricos para a construção da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) pelo Ministério da Saúde em 2006, que buscava revitalizar as definições da Atenção Básica da Saúde no Brasil. A formulação de tal política contou com o apoio de todas as esferas de governo, municipal, estadual e federal, também tendo participado profissionais da saúde, trabalhadores do SUS, usuários e entidades representativas do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Com a elaboração dessa nova política, foram então firmadas as definições e responsabilidades dos atores que se inserem na PNAB.

[...] redefinição de princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006, p. 03).

As atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica são baseadas em normativas municipais, estaduais ou federais. Neste caso citamos as atribuições comuns a todos os profissionais, contidas na portaria do Ministério da Saúde, Portaria Nº 648/GM de 28 de Março de 2006:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e



XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Dentre essas redefinições feitas na PNAB, constam os fundamentos que norteiam a política junto aos alicerces da Estratégia da Saúde da Família: acesso universal e contínuo aos serviços de saúde com qualidade e resolutivos; território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade no que se refere à integração de ações programáticas e demanda espontânea, ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; criar e desenvolver relações de vínculo entre as equipes e a população; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e estimular a participação popular e o controle social.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

“A Promoção da Saúde, como nível de atenção, se refere às ações destinadas a melhorar e aprimorar a saúde das pessoas não doentes e, neste sentido, tem como enfoque uma visão integral do processo saúde-doença-atenção” (TEIXEIRA, 2002, p. 19).

A Política Nacional de Promoção da Saúde, conforme BRASIL (2006), aprovada em 2006 pelo Ministério da Saúde surgiu com o objetivo de produzir uma gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores, produzindo autonomia e co-responsabilidade. A PNPS trouxe estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos três níveis de gestão do SUS para que a integralidade do cuidado ao usuário fosse garantida.

A PNPS entende que a promoção da saúde é:

[...] uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006, p. 09).

Desde a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1986 no Canadá, surgiram muitas outras conferências internacionais e regionais que vêm dando seguimento às discussões acerca das definições da promoção da saúde e sobre suas vertentes. Segundo IUHPE (2010), recentemente foi realizada a 20ª Conferência Mundial da União Internacional para a Promoção da Educação e da Saúde, em Genebra, a qual abordou o tema “Promoção da Saúde: Saúde, Equidade e Desenvolvimento Sustentável”. Tal encontro teve por objetivo construir pontes entre a saúde pública, a promoção da saúde e o desenvolvimento sustentável, visando à melhoria da saúde.

A implantação da ESF nos serviços de saúde da atenção básica favoreceu o desenvolvimento de atividades dos profissionais junto à comunidade a fim de realizar suas competências embasadas na estratégia – promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, manutenção e recuperação da saúde – que regem as políticas públicas do sistema.

Aliado ao controle social, esses princípios colaboram com o desenvolvimento de saberes da população acerca da ESF e do funcionamento dos serviços de saúde,

favorecendo a presença ativa da comunidade e gerando positivamente o vínculo comunidade-profissional a fim de que seja incentivada sua autonomia, *empoderando-se* pelo bem estar saudável.

Segundo Valoura (2006), a palavra *empoderamento* para Paulo Freire segue uma lógica diferente do conceito da palavra *empowerment* originária da Língua Inglesa, visto que para o educador o termo remete ao que a pessoa, grupo ou instituição realiza por si mesma, as mudanças e ações que levam a evoluir e se fortalecer. Já o conceito estrangeiro, *empowerment* significa “dar poder” a alguém para realizar uma tarefa sem precisar da permissão de outras pessoas.

Além disso, Valoura (2006) em sua pesquisa sobre as definições de *empoderamento*, diz que o pensamento Freireano acerca desse termo deriva da idéia de “liberdade do oprimido”, à conquista da liberdade pelas pessoas que têm estado subordinadas a uma posição de dependência econômica ou física ou de qualquer outra natureza.

Já Carvalho (2004) refere que o *empoderamento* busca contribuir para a emancipação humana por meio do desenvolvimento do pensamento crítico e o estímulo a ações que tenham como objetivo realizar a superação das estruturas institucionais e ideológicas de opressão.

O *empoderamento* tem um sentido de confiar poder ao outro a fim de desenvolver suas habilidades e competências de forma que o indivíduo acredite em si e se sinta capaz para realizar o que está ao seu alcance.

Dentre todos esses conceitos e noções de *empoderamento*, consegue-se observar que todos visam a busca da autonomia das pessoas frente a determinadas situações, no que se refere à liberdade em oposição à subordinação ou dependência da pessoa, à questão de ter poder para realizar atividades sem depender do outro e à questão do pensamento crítico e estímulo a emancipação do indivíduo.

Considerando essa avaliação teórica dos conceitos de *empoderamento*, percebemos a forte ligação do que ele proporciona frente aos princípios que regem a ESF e o SUS, favorecendo a integração das equipes de saúde e, consequentemente, o relacionamento interpessoal. Segundo Heidemann (2006, p. 86), “o desenvolvimento interpessoal leva a uma ação coletiva”.

O *empoderamento* dos profissionais pertencentes às equipes de saúde de família está fortemente relacionado aos princípios e estratégias que norteiam a Promoção da Saúde, sendo ele o ponto chave para o desenvolvimento de tais estratégias.

Acredita-se que com isso, a população acaba sendo *empoderada* também a partir do momento em que os profissionais desenvolvem sua autonomia nas ações e, conseqüentemente, estimulam a comunidade para que esta tenha autonomia, tanto individual quanto coletivamente, na tomada de decisões sobre as circunstâncias que envolvem o controle social e sua qualidade de vida. Essa autonomia, que é de direito da população, parte também do momento em que o serviço de saúde promove oportunidades aos indivíduos e coletivo através da criação de acesso às informações necessárias sobre sua saúde.

Diante dessas características consegue-se observar a influência de duas das estratégias de ação recomendadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde – o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde – agindo juntas ou uma sendo conseqüência da outra, de maneira a buscar um objetivo comum: promover a qualidade de vida e reduzir riscos à saúde.

Heidemann (2006) reflete sobre a estratégia de ação de desenvolvimento de habilidades pessoais, sendo necessário proporcionar meios favoráveis para a disseminação das informações para a busca da compreensão e, assim, tornar as pessoas *empoderadas* no sentido de ter controle sobre a sua saúde e ter a capacidade de saber, aprender e realizar escolhas saudáveis sobre suas condições de vida.

A Carta de Ottawa (OPAS, 1986) traz a concepção de outra estratégia de ação da promoção da saúde, o reforço da ação comunitária, que se dá através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando uma melhoria das condições de saúde, sendo que o centro desse processo é o *empoderamento* das comunidades a fim de que se tenha poder e controle sobre suas escolhas.

Carvalho (2004) aborda duas linhas de pensamento acerca do *empoderamento*, o comunitário e o psicológico. Este privilegia a ação individualista do ser na sua própria autonomia sem a influência de grupos, e aquele reforça as ações coletivas e é visto como uma alternativa para politizar as estratégias de promoção à saúde.

## **6 CENÁRIO**

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Armação, localizado no bairro da Armação do Pântano do Sul, no Sul da cidade de Florianópolis.

Este CS conta com a atuação da Rede Docente Assistencial (RDA), na qual alunos universitários dos cursos de medicina, enfermagem e odontologia desenvolvem atividades curriculares, visando uma nova estratégia na formação dos profissionais de saúde e sua preparação para o modelo de saúde da família.

Sendo assim, foi nesta unidade que escolhemos realizar as atividades referentes à disciplina Estágio Supervisionado II do Curso de Graduação em Enfermagem, bem como a nossa pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso.

### **6.1 Características Gerais do Bairro Armação**

A denominação "Armação" relaciona-se à captura das baleias que ocorria no local. Os cetáceos eram esquartejados e colocados em pedaços dentro de grandes caldeirões para a extração do seu precioso óleo que era utilizado, por exemplo, para a iluminação e a construção. Nesse mesmo local funcionou também, entre 1772 e 1910, a Companhia de Pesca da Baleia da Armação da Lagoinha do Peri. Esse empreendimento, embora hoje previsto como crime ecológico, foi o grande impulsionador do progresso do Sul da Ilha de Santa Catarina e, muito especialmente, da Armação, considerada hoje um ponto turístico da ilha.

A praia da Armação integra, junto às praias do Campeche e do Pântano do Sul, o maior complexo pesqueiro de Florianópolis, sendo ainda essencialmente habitada por pescadores que produzem pescado para os mercados locais e para os grandes centros do país. Tornou-se, nas últimas décadas, uma praia balneária, trazendo maior rentabilidade local. O fluxo e a frequência turística na Armação crescem significativamente, especialmente durante o verão, tendo a praia uma grande quantidade de restaurantes e pousadas, no entanto com déficit de estacionamentos e de saneamento básico.

Integra-se a essa localidade o complexo turístico do Parque Municipal da Lagoa do Peri, que contribui para a oferta de turismo ecológico.

A área de abrangência do Centro de Saúde da Armação é entrecortada pela

rodovia SC-406, sendo esta a via principal de acesso para a praia. Esta rodovia é asfaltada e apresenta pontos de ônibus distribuídos por toda sua extensão, porém, não possui calçadas e acostamento em boa parte de seu comprimento. Excluindo-se a rodovia SC-406, as demais ruas do bairro são servidões, que partem dessa mesma rodovia bilateralmente, sendo em sua quase totalidade sem saída, pavimentadas, extensas e abrigando número significativo de famílias.

Antes da urbanização do bairro, o lado esquerdo da rodovia era um mangue, sendo que as casas deste lado foram construídas a partir de aterros. Fato interessante é que, apesar dessas residências não possuírem escritura pública, sendo negociadas a partir de um contrato de compra e venda na Prefeitura Municipal de Florianópolis, os moradores pagam o Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU). A maioria dos compradores desses terrenos é imigrante de outros estados.

O esgoto dessas residências desemboca diretamente nos afluentes do Rio Sangradouro, com algumas exceções que possuem fossa séptica. A coleta de lixo ocorre três vezes na semana pela Companhia Melhoramentos da Capital (Comcap), sendo a mesma empresa responsável pela coleta seletiva do lixo, semanalmente. Porém, observa-se que mesmo com esse serviço, existe um grande problema em relação aos resíduos da comunidade, pois é comum a presença de entulhos e sujeiras espalhados pelas servidões, especialmente nas proximidades dos afluentes do Rio Sangradouro, onde estão localizadas as áreas de risco do bairro. Devido a estes fatores, há risco iminente de alagamento, proliferação de vetores causadores de doenças infecto-contagiosas, além da degradação efetiva do meio ambiente.

O abastecimento de água na localidade da Armação é realizado por duas empresas: Quincas (empresa que capta água da Lagoa do Peri e distribui apenas para região) e Companhia Catarinense de Águas e Saneamento (Casan). Entretanto, em algumas servidões pode ser observado que parte dos moradores (especialmente aqueles que moram nos terrenos mais altos) captam água das cachoeiras existentes no local, através de mangueiras, sendo esta, portanto, consumida sem tratamento.

Observam-se a convivência de pessoas nativas do bairro, famílias originadas de outras localidades de Florianópolis e de pessoas de outros estados que se mudaram para o local em busca de uma melhor qualidade de vida.

A Armação conta com seis associações, sendo elas: Associação de Pescadores; Associação de Surfistas da Praia do Matadeiro; Associação de Moradores; Conselho de Segurança (CONSEG); Associação da Lagoa do Peri; e Conselho Local de Saúde.

Possui ainda quatro escolas, cinco igrejas, um posto policial, dois postos salva-vidas e uma Instituição de Longa Permanência para Idosos privada. Na localidade existem sete mercados e/ou padarias, treze restaurantes, duas madeireiras, um cartório, três farmácias, treze pousadas, quatro imobiliárias e uma quadra de esportes particular. Ainda dentro da área de abrangência, situa-se o Parque Municipal da Lagoa do Peri, no qual se localizam a sede da Companhia Catarinense de Águas e Saneamento (CASAN) e a sede da Fundação Municipal do Meio Ambiente de Florianópolis (Floram).

## **6.2 Centro de Saúde da Armação**

O Centro de Saúde da Armação fica localizado na Rodovia SC-406 (Rodovia Francisco Tomaz Santos, conhecida como “Seu Chico”), número 6047, em Florianópolis. Seu território está sob supervisão do Distrito Sanitário Sul. O CS possui duas áreas de abrangência, área 240 e 241, sendo que o CS localiza-se na área 240. Recentemente foi realizada a redivisão das áreas, por meio do anexo da região do morro da Costa de Cima e a transferência a outro CS da região da Casa de Retiro. Desta forma, cada área possui quatro microáreas, sendo que na área 240 uma ACS está de licença para tratamento de saúde e a área 241 possui duas microáreas descobertas.

Os limites da área de abrangência do CS (240 e 241) são: ao norte, com o território do Centro de Saúde do Morro das Pedras; ao sul com o território do Centro de Saúde do Pântano do Sul; a leste com o Oceano Atlântico; e a oeste com o Morro do Sertão do Peri.

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o bairro da Armação possui 3863 pessoas, sendo que o CS atende cerca de 80% da população residente no local. No entanto, segundo levantamento realizado pelas ACS em outubro e novembro de 2009 – ainda não atualizado no Cadastro Família – o bairro possui 4.860 pessoas e 1.680 famílias. Vale destacar que, na região, os serviços de saúde disponíveis mais próximos são o CS do bairro Morro das Pedras e o CS do bairro Pântano do Sul (cujos serviços foram recentemente transferidos para o CS da Armação por interdição do espaço onde funcionava) e a Unidade de Pronto-Atendimento do Sul da Ilha (localizado no bairro Rio Tavares).

O Centro de Saúde da Armação é uma unidade climatizada, com ampla área física para todos os serviços da equipe de saúde. Sua estrutura possui: recepção com

sala de espera; almoxarifado; sala de coordenação; sala de reuniões; sala de marcação de consultas; farmácia; duas salas de espera internas, sendo uma com quatro consultórios e a outra com mais três consultórios; área de recreação; sala para teste do pezinho e sala de vacinação; dois banheiros para os usuários (um masculino e um feminino); sala de esterilização, rouparia e expurgo; sala de nebulização; sala para curativos; sala de procedimentos; auditório; dois banheiros para funcionários; despensa para o material de limpeza; lavanderia; e copa. Encontra-se informatizado desde junho de 2008.

Os serviços oferecidos pelo CS são: acolhimento, consulta médica, consulta de enfermagem, consulta odontológica, atuação dos profissionais do NASF (pediatra, nutricionista, educador físico, farmacêutica e psicólogo), marcação de exames/consultas, nebulização, vacinas, fornecimento de medicamentos, curativos, visitas domiciliares, verificação de pressão arterial e glicemia, exame preventivo de colo de útero, planejamento familiar, teste do pezinho, grupo de saúde mental, grupo saber viver, grupo de gestantes, grupo de mães e bebês, grupo de tabagismo, grupo de alimentação saudável, grupo de caminhada e grupo de corrida.

Possui um Conselho Local de Saúde atuante, que realiza reuniões mensais na unidade.

O CS da Armação conta com duas equipes da Estratégia de Saúde da Família, ainda incompletas, que visam fazer o acompanhamento da população, prestando atenção integral à sua saúde.

A equipe de saúde que atua hoje no CS é composta por duas enfermeiras (uma delas assistencial e a outra que além de desenvolver as atividades assistenciais, coordena a unidade), um médico, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, três técnicos de enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde (sendo que uma está afastada para tratamento de saúde), três auxiliares administrativos e duas pessoas responsáveis pelos serviços gerais.



## 7 METODOLOGIA

### 7.1 Delineamento da pesquisa

Inicialmente ampliamos nossa visão sobre educação, convergindo com a idéia de Freire (1996, p. 12) de que: “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.” Nas condições de verdadeira aprendizagem, os “educandos” vão se transformando em reais sujeitos da construção do conhecimento, ao lado do “educador”, igualmente sujeito do processo. Ou seja, olha-se para o professor como um facilitador da aprendizagem.

Baseamo-nos no fato de que “não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” (FREIRE, 1996, p. 12).

Empoderando-nos disso, entendemos que:

O que se pretende investigar, realmente, não são os homens, como se fossem peças anatômicas, mas o seu pensamento-linguagem referido à realidade, os níveis de sua percepção desta realidade, a sua visão do mundo, em que se encontram envolvidos seus “temas geradores” (FREIRE, 1987, p. 50).

“Temos de estar convencidos de que a sua visão do mundo, que se manifesta nas várias formas de sua ação, reflete a sua situação no mundo, em que se constitui” (FREIRE, 1987, p. 49).

Com isso, percebemos que nossa função não é a de impor nossa visão aos profissionais, mas a de dialogar com eles sobre a visão deles e a nossa; é criar condições que provoquem a reflexão destes sobre a realidade vivida.

Partindo desse pressuposto, este trabalho trata-se de uma Investigação Temática de abordagem qualitativa, articulada com o referencial metodológico de Paulo Freire (FREIRE, 1987).

A abordagem qualitativa encaixa-se neste estudo, pois busca enraizar a investigação, respondendo a questões específicas e particulares, com um grau de realidade que não pode ser quantificada. Isto é, ela trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002).

A pesquisa qualitativa articula-se com o pensamento Freireano, quando ambos se preocupam com o desvelamento da realidade social, revelando o que está oculto, permitindo que as reflexões dos participantes os levem a desvendar novas propostas de ação sobre as realidades vividas (HEIDEMANN, 2006).

Para a realização da pesquisa foi utilizado o Itinerário Freireano, tendo como investigação temática o empoderamento das equipes de saúde da família, por meio da realização de Círculos de Cultura.

## 7.2 Círculos de cultura

O Círculo de Cultura – no método Paulo Freire – re-vive a vida em profundidade crítica. A consciência emerge do mundo vivido, objetiva-o, problematiza-o, compreende-o como projeto humano... Todos juntos, em círculo, e em colaboração, re-elaboram o mundo e, ao reconstruí-lo, apercebem-se de que, embora construído também por eles, esse mundo não é verdadeiramente para eles (FREIRE, 1987).

Ao objetivar seu mundo, o alfabetizando nele reencontra-se com os outros e nos outros, companheiros de seu pequeno “círculo de cultura”. Encontram-se e reencontram-se todos no mesmo mundo comum e, da coincidência das intenções que o objetivam, surge a comunicação, o diálogo que critica e promove os participantes do círculo. Assim, juntos, re-criam criticamente o seu mundo: o que antes os absorvia, agora podem ver ao revés (FREIRE, 1987).

No círculo de cultura, a rigor, não se ensina, aprende-se em reciprocidade de consciências; não há professor, há um coordenador, que tem por função dar as informações solicitadas pelos respectivos participantes e propiciar condições favoráveis à dinâmica do grupo, reduzindo ao mínimo sua intervenção direta no curso do diálogo (FREIRE, 1987, p. 6).

Sendo assim, o Círculo de Cultura é um método dinâmico que investiga temas de interesse do grupo, no qual todos os participantes são sujeitos do processo ensino e aprendizagem. É um momento favorável para a troca de conhecimentos e para exercitar o diálogo.

A ação e reflexão entre educandos e educadores em torno de situações existenciais, abordando temas importantes como saúde, educação, cidadania, qualidade de vida e outros, têm levado ao desenvolvimento de inúmeros trabalhos com Círculo de Cultura, na área da saúde, principalmente na Enfermagem (HEIDEMANN, 2006, p. 81).

### 7.3 Itinerário Freireano

O itinerário de pesquisa, de acordo com o método Paulo Freire, consiste de três etapas: investigação temática; codificação e decodificação; e desvelamento crítico.

De acordo com Freire (1996), na etapa da **investigação temática ou levantamento dos temas geradores**, busca-se o universo dos temas vivenciados pelos participantes dos círculos de cultura, no seu meio cultural. A investigação dos principais temas, questões, assuntos da realidade que vão construir os temas geradores a serem problematizados.

Investigar o tema gerador é investigar o pensar dos homens referido à realidade, é investigar seu atuar sobre a realidade, que é sua práxis. Quanto mais assumam os homens uma postura ativa na investigação de sua temática, tanto mais aprofundam a sua tomada de consciência em torno da realidade e, explicitando sua temática significativa, se apropriam dela (FREIRE, 1987).

Os temas geradores são amplos e constituem a realidade do universo dos educandos/profissionais, problematizada pelo diálogo entre educador/coordenador e educando/profissionais. Esta problematização vai ocorrendo na medida em que os problemas são levantados através do diálogo, no qual os educandos/participantes começam a falar sobre as contradições, as situações concretas e reais em que estão vivendo o seu aqui e agora. A partir da identificação dos temas geradores irá se constituir a problematização que determinará a ação (HEIDEMANN, 2006).

Para tanto, segundo Freire (1987), a investigação deve-se fazer tão mais pedagógica quanto mais crítica e tão mais crítica quanto, deixando de perder-se nos esquemas estreitos das visões parciais da realidade, das visões “focalistas” da realidade, se fixe na compreensão da totalidade.

Os temas, sendo em si totalidades, também são parcialidades que, em interação, constituem as unidades temáticas da totalidade programática. Sendo assim, realiza-se a “redução” temática, que é a operação de “cisão” dos temas enquanto totalidades para buscar seus núcleos fundamentais, que são as parcialidades. Ou seja, “reduzir” um tema é cindi-lo em suas partes para, voltando-se a ele como totalidade, melhor conhecê-lo (FREIRE, 1987).

Então na fase de **codificação e decodificação**, os temas geradores são codificados e decodificados através do diálogo e por meio dele, as pessoas envolvidas vão tomando consciência do mundo em que vivem. Os temas são problematizados,

contextualizados, substituídos em sua primeira visão mágica, por uma visão crítica e social do assunto discutido (HEIDEMANN, 2006).

Heidemann (2006) menciona que na codificação se procura re-totalizar o tema cindido, na representação de situações existenciais. As codificações são as mediações entre o “contexto concreto ou real”, em que se dão os fatos, e o “contexto teórico”, em que são analisadas. Este é o momento em que os educandos/profissionais juntamente com os educadores/coordenadores, realizam sua reflexão crítica.

Conforme Freire (1992, p. 88), o processo de criação das codificações são situações que:

[...] funcionam como desafios aos grupos. São situações-problema codificadas, guardando em si elementos que serão descodificados pelos grupos com a colaboração do coordenador. O debate em torno delas irá como o que se faz com as que nos dão o conceito antropológico de cultura, levando os grupos a se conscientizarem para que concomitantemente se alfabetizem.

A codificação representa uma situação existencial, um exercício de ir e vir, do abstrato ao concreto, vivido pelos participantes que, enquanto viviam, ou não a “admiravam” ou, se “admiravam”, não realizavam o desvelamento da realidade, seus limites e possibilidades. Este momento representa a compreensão do “senso comum” dos participantes (FREIRE, 1996 apud HEIDEMANN, 2006, p. 97).

De acordo com Heidemann (2006), na descodificação é feita uma análise da situação vivida, um momento dialético em que os participantes refletem sobre sua ação. Ou seja, é a ocasião na qual o que antes era fechamento, pouco a pouco se vai abrindo e, assim, a consciência passa a escutar os apelos que a convocam sempre mais além de seus limites: fazendo-se crítica (FREIRE, 1987). Diante disso, os participantes se reconhecem como seres capazes de transformar o mundo e percebem a necessidade de uma ação concreta para superar as dificuldades (HEIDEMANN, 2006).

A descodificação da situação existencial implica num partir abstratamente até o concreto, o que provoca uma ida das partes ao todo e numa volta deste às partes, que, por sua vez, implica num reconhecimento do sujeito no objeto e do objeto como situação em que está o sujeito. Desta forma, o sujeito se reconhece na representação da situação existencial codificada, ao mesmo tempo em que reconhece nesta, objeto agora de sua reflexão, o seu contorno condicionante em e com que está, com outros sujeitos. Este movimento de ida e volta que se dá na análise de uma situação codificada, conduz à superação da abstração com a percepção crítica do concreto (FREIRE, 1987).

Com isso, a tendência é de os indivíduos realizarem uma espécie de “cisão” na situação, que se lhes apresenta e esta, possibilita descobrir a interação entre as partes do todo cindido. Este todo, que é a situação codificada e que antes havia sido apreendido difusamente, passa a ganhar significação na medida em que sofre a “cisão” e em que o pensar volta a ele, a partir das dimensões resultantes da “cisão”. Isso faz com que os indivíduos dêem um passo da representação da situação (codificação) à situação concreta mesma em que e com que se encontram (FREIRE, 1987).

Teoricamente, é lícito pesar que os indivíduos passem a comportar-se em face de sua realidade objetiva da mesma forma, do que resulta que deixe de ser ela um beco sem saída para ser o que em verdade é: um desafio ao qual os homens têm que responder (FREIRE, 1987, p. 56).

No processo da descodificação, os indivíduos estarão exteriorizando sua visão do mundo, sua forma de pensá-lo, sua percepção fatalista das dificuldades encontradas na realidade; e na medida em que, ao fazê-lo, vão percebendo como atuavam ao viverem a situação analisada, têm uma percepção diferenciada da realidade, e, ampliando o horizonte do perceber, mais facilmente vão se surpreendendo, na sua “visão de fundo”, com as relações dialéticas entre uma dimensão e outra da realidade. Isso ocasiona o surgimento de nova percepção e o desenvolvimento de novo conhecimento (FREIRE, 1987).

Na descodificação, os indivíduos, cindindo a codificação como totalidade, apreendem o tema ou os temas nela implícitos ou a ela referidos. Este processo de descodificação que, na sua dialeticidade, não morre na cisão, que realizam na codificação como totalidade temática, se completa na re-totalização de totalidade cindida, com que não apenas a compreendem mais claramente, mas também vão percebendo as relações com outras situações codificadas, todas elas representações de situações existenciais (FREIRE, 1987).

A etapa do **desvelamento crítico ou problematização** (redução temática) representa a tomada de consciência da situação existencial compartilhada, descobrem-se os limites e as possibilidades da primeira etapa. Nesta fase ocorre o processo de ação-reflexão-ação que capacita às pessoas aprender e evidencia-se a necessidade de uma ação concreta, cultural, política e social visando “situações limites” e superação das contradições. O objetivo é promover a transformação dos reais problemas que estavam interferindo na vida das pessoas (HEIDEMANN, 2006).

Neste momento caberá ao coordenador, dentro de seu campo, buscar os seus núcleos fundamentais que se constituindo em unidades de aprendizagem e estabelecendo uma seqüência entre si, dão a visão geral de temas reduzidos. Ocorre a operação de “cisão” dos temas enquanto totalidades, na qual se busca seus núcleos fundamentais, que são as suas parciaisidades. Reduzir um tema é cindi-lo em suas partes para, voltando-se a ele como totalidade, melhor conhecê-lo. Esta fase consiste da tomada de consciência da realidade vivida que a partir de uma nova reflexão passa a ser transformada (HEIDEMANN, 2006).

#### **7.4 Sujeitos da pesquisa**

Profissionais pertencentes a duas equipes da Estratégia de Saúde da Família de um Centro de Saúde: médico, dentista, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliar de dentista e auxiliares administrativos. Obteve-se uma média de oito participantes, sendo que o mínimo foi de cinco e o máximo de onze participantes por Círculo de Cultura. Essa diferença se deu devido ao fato que inicialmente os círculos foram realizados separadamente com cada equipe da ESF e, posteriormente, as duas equipes foram unidas.

#### **7.5 Procedimentos para a coleta de dados**

Primeiramente convidamos verbalmente e estimulamos os profissionais das duas equipes a participarem dos Círculos de Cultura.

A coleta de dados foi obtida durante sete Círculos de Cultura realizados no período de uma hora cedida durante as reuniões semanais das equipes, nos meses de setembro e outubro de 2010. Todos os círculos constaram das fases do Itinerário de Paulo Freire e foram realizados quinzenalmente; sendo que os dois primeiros foram realizados separadamente com cada equipe, e os três círculos seguintes foram com ambas as equipes, mais as auxiliares administrativas, devido a necessidade que surgiu de se explorar sobre um tema que diz respeito a todos os profissionais.

Para termos claro como funcionavam os Círculos de Cultura, pensamos estes como “rodas de conversas”, na qual nós e os profissionais discutíamos e refletíamos

sobre os problemas da unidade, sendo que todos tinham a oportunidade de se expressar. Apenas com o intuito de coordenar as discussões e facilitar os diálogos nós conduzimos todas as atividades realizadas nos círculos.

Para o registro desses dados foram realizadas anotações através da observação e gravações que posteriormente foram transcritas.

Foram realizadas discussões em Círculos de Cultura, também, juntamente com nossa orientadora, para analisar os passos da metodologia, as temáticas investigadas e, posteriormente, essa análise foi devolvida para o grupo.

## **7.6 Análise dos dados**

Os dados transcritos foram categorizados e interpretados através da metodologia de Paulo Freire, que prevê o processo analítico e sob o olhar das pesquisadoras e orientadora de acordo com a fundamentação teórica da Promoção da Saúde, *empoderamento* e Estratégia de Saúde da Família.

## **7.7 Procedimentos éticos**

O projeto seguiu as recomendações da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (1996), que regulamenta investigações envolvendo seres humanos.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob processo nº 851 e pela Comissão de Ética da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Os participantes do estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos e finalidade da pesquisa e sua participação ocorreu de forma voluntária, sem remuneração, observando as condições de pleno exercício da autonomia e liberdade individual. Para garantir o anonimato das equipes denominou-se com nome de flores, Azaléia e Girassol e dos sujeitos, com nome de cores. Sendo a categoria profissional de médicos com a cor azul, de enfermeiros com a cor rosa, de técnicos de enfermagem com a cor verde, de agentes comunitários de saúde com a cor amarela, de dentista com a cor laranja, de auxiliar de dentista com a cor cinza e de auxiliar administrativo com a cor vermelha.

Estes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas

vias, na qual uma ficou com as pesquisadoras e a outra com o próprio participante.



## 8 RESULTADOS

### EMPODERANDO AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM CENTRO DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS

Denise Becker<sup>1</sup>

Fernanda Simas França<sup>2</sup>

Vanessa Martins da Silva<sup>3</sup>

Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann<sup>4</sup>

**RESUMO** – Este estudo teve como objetivo *empoderar* as equipes de um Centro de Saúde em Florianópolis, na lógica da Estratégia de Saúde da Família. Como metodologia utilizou-se o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire em 07 Círculos de Cultura com profissionais das 02 equipes de ESF. Sendo investigados 60 temas que foram agrupados em 26 e desveladas em 03 temáticas significativas: acolhimento, organização do trabalho e comunicação. Os resultados indicaram que as ações de saúde que os profissionais realizam, ocorre na lógica da ESF, no entanto surgem problemas que fogem da sua governabilidade e necessitam, ainda, se *empoderar* para superar as dificuldades existentes. A idéia inicial era de que as equipes não estavam realizando suas atividades de acordo com a ESF, porém, percebeu-se que os profissionais vêm exercendo suas ações na lógica da saúde da família. As ações de *empoderamento* necessitam ainda ser ampliadas nestes grupos e o Círculo de Cultura proposto por Paulo Freire é uma ferramenta possível à construção de práticas de saúde mais dialógicas.

**Palavras-chave:** autonomia profissional, promoção da saúde, comunicação.

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

<sup>4</sup> Enfermeira doutora. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso. Vice-Coordenadora do NEPEPS. E-mail: ivonete@nfr.ufsc.br  
Endereço: Servidão Natureza 160 – Campeche, Cep: 88063545 – Florianópolis/SC.

## INTRODUÇÃO

Diante das mudanças sociais, políticas e do perfil epidemiológico que o país vem sofrendo nas últimas décadas e que produzem mudanças significativas para a vida em sociedade, a atenção à saúde no Brasil tem investido fortemente na Promoção da Saúde (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

A elaboração da Carta de Ottawa na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida no Canadá em 1986, considera que paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, são pré-requisitos e recursos fundamentais para a saúde da população. Menciona cinco estratégias e ações de promoção da saúde: constituição de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidade pessoal (OPAS, 1986).

Com a criação do SUS novas transformações no sistema de saúde no Brasil vêm surgindo, introduzindo seus princípios doutrinário-organizacionais: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e regionalização, e participação popular, como direito de todo o cidadão e dever do Estado.

Os princípios e diretrizes do SUS junto ao Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, serviram de pilares teóricos para a construção da Política Nacional da Atenção Básica pelo Ministério da Saúde em 2006, que buscava revitalizar as definições da Atenção Básica da Saúde no Brasil.

Também em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde pelo Ministério da Saúde, tendo como principal foco, formar uma gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais e trabalhadores, produzindo autonomia e corresponsabilidade. A PNPS trouxe estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos três níveis de gestão do SUS para que a integralidade do cuidado ao usuário fosse garantida (BRASIL, 2006).

Um dos núcleos filosóficos que abordaremos é o conceito de *empoderamento* presente, implícita ou explicitamente, no interior das premissas e estratégias da promoção da saúde mencionadas anteriormente, tornando como eixo norteador o desenvolvimento de habilidades pessoais e de reorientação dos serviços de saúde.

Através do diálogo com membros da equipe de saúde do CS, no qual foi desenvolvida a pesquisa, partimos do pressuposto de que havia a necessidade de se trabalhar o *empoderamento* dos profissionais pertencentes às equipes de saúde da

família, pois estes desenvolviam grande parte de suas ações de forma individual e fragmentada, apresentando dificuldades de realizar a integralidade da atenção em equipe e de organizar o processo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS.

O *empoderamento* tem um sentido de confiar poder ao outro a fim de desenvolver suas habilidades e competências de forma que o indivíduo acredite em si e se sinta capaz para realizar o que está ao seu alcance. Consegue-se observar que tal definição visa à busca da autonomia das pessoas frente a determinadas situações, no que se refere: à liberdade em oposição à subordinação ou dependência da pessoa; à questão de ter poder para realizar atividades sem depender do outro; e à questão do pensamento crítico e estímulo a emancipação do indivíduo.

Nesse sentido, temos como objetivo principal estimular o *empoderamento* dos profissionais das equipes de saúde da família de um CS a fim de possibilitar que eles se tornem cada vez mais aptos a agir e criar mudanças para a melhoria das suas ações de saúde tanto individual quanto coletivamente. Desta forma julgamos importante identificar com as equipes quais ações de saúde são desenvolvidas, como ocorrem e se estão incorporadas na lógica da ESF; dialogar com os profissionais acerca da sua inserção na ESF; bem como refletir acerca do *empoderamento* dos profissionais.

A partir dessas considerações, temos como questionamento base, saber se: “As equipes do Centro Saúde, estão *empoderadas* na lógica da Estratégia da Saúde da Família para promover ações de saúde aos seus usuários?”

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma Investigação Temática de abordagem qualitativa, articulada com o referencial metodológico de Paulo Freire (FREIRE, 1987).

A abordagem qualitativa encaixa-se neste estudo, pois busca enraizar a investigação, respondendo a questões específicas e particulares, com um grau de realidade que não pode ser quantificada. Isto é, ela trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002).

A pesquisa qualitativa articula-se com o pensamento Freireano, quando ambos se preocupam com o desvelamento da realidade social, revelando o que está oculto, permitindo que as reflexões dos participantes os levem a desvendar novas propostas de ação sobre as realidades vividas (HEIDEMANN, 2006).

O itinerário de pesquisa, de acordo com o método Paulo Freire, consiste em três etapas: investigação temática; codificação e decodificação; e desvelamento crítico. Na primeira fase ocorre a investigação dos principais temas, questões, assuntos da realidade que vão construir os temas geradores a serem problematizados. Na segunda etapa estes temas são codificados e decodificados através do diálogo e por meio dele são contextualizados, substituídos em sua primeira visão mágica, por uma visão crítica e social do assunto discutido (HEIDEMANN, 2006). Já na última etapa, ocorre o processo de ação-reflexão-ação que capacita as pessoas para aprender e evidencia-se a necessidade de uma ação concreta, cultural, política e social visando “situações limites” e superação das contradições (FREIRE, 1987).

O Itinerário de Pesquisa valoriza as experiências das pessoas, podendo ser divididas nos Círculos de Cultura. O Círculo de Cultura – termo criado por Freire – é um método dinâmico que investiga temas de interesse do grupo, no qual todos os participantes são sujeitos do processo ensino e aprendizagem. É um momento favorável para a troca de conhecimentos e para exercitar o diálogo.

Os Círculos foram realizados com profissionais pertencentes a duas equipes da Estratégia de Saúde da Família de um Centro de Saúde: médico, dentista, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliar de dentista e auxiliares administrativos. Obteve-se uma média de oito participantes, sendo que o mínimo foi de cinco e o máximo de onze participantes por Círculo de Cultura. Essa diferença se deu devido ao fato que inicialmente os círculos foram realizados separadamente com cada ESF e, posteriormente, as duas equipes foram unidas.

A coleta de dados foi obtida durante sete Círculos de Cultura realizados no período de uma hora cedida durante as reuniões semanais das ESF, nos meses de setembro e outubro de 2010. Todos os círculos constaram das fases do Itinerário de Paulo Freire e foram realizados quinzenalmente; sendo que os dois primeiros foram realizados separadamente com cada equipe, e os três círculos seguintes foram com ambas as equipes mais as auxiliares administrativas, devido a necessidade que surgiu de se explorar sobre um tema que diz respeito a todos os profissionais.

Para termos claro como funcionavam os Círculos de Cultura, pensamos estes

como “rodas de conversas”, na qual nós e os profissionais discutíamos e refletíamos sobre os problemas da unidade, sendo que todos tinham a oportunidade de se expressar. Apenas com o intuito de coordenar as discussões e facilitar os diálogos nós conduzimos todas as atividades realizadas nos círculos.

Para o registro desses dados foram realizadas anotações através da observação e gravações que posteriormente foram transcritas.

Os dados transcritos foram categorizados e interpretados através da metodologia de Paulo Freire, que prevê o processo analítico e sob o olhar das pesquisadoras e orientadora de acordo com a fundamentação teórica da Promoção da Saúde, empoderamento e Estratégia de Saúde da Família.

O projeto seguiu as recomendações da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (1996), foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o processo nº851 e pela Comissão de Ética da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Para garantir o anonimato das equipes, denominou-se com nome de flores, Azaléia e Girassol e dos sujeitos, com nome de cores. Sendo a categoria profissional de médicos com a cor azul, de enfermeiros com a cor rosa, de técnicos de enfermagem com a cor verde, de agentes comunitários de saúde com a cor amarela, de dentista com a cor laranja, de auxiliar de dentista com a cor cinza e de auxiliar administrativo com a cor vermelha.

Estes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, na qual uma ficou com as pesquisadoras e a outra com o próprio participante.

## **RESULTADOS**

### **1º Círculo de Cultura**

Esta primeira etapa do Itinerário de Freire consistiu na investigação temática, ou seja, no levantamento dos temas oriundos da realidade dos participantes e que foram problematizados posteriormente. No Círculo de Cultura da equipe Girassol estavam presentes cinco profissionais e no da equipe Azaléia sete profissionais.

Para facilitar a identificação dos temas geradores, foram formulados quatro questionamentos iniciais que pudessem instigar o pensamento crítico dos participantes

acerca das situações que interferem na realização do seu trabalho. Neste primeiro encontro, definimos que as questões seriam respondidas de forma escrita, para dessa maneira, não haver interferência nas respostas de acordo com a opinião dos demais participantes. Estas questões foram discutidas nos Círculos de Cultura com as duas equipes de Saúde da Família, separadamente. As questões foram: 1) Qual o seu papel enquanto profissional da ESF? 2) O que é saúde para você? De que forma você, de acordo com suas atribuições profissionais, contribui para a saúde da comunidade? 3) Quais as potencialidades de se trabalhar na ESF? 4) Quais as fragilidades de se trabalhar na ESF?

As respostas dos profissionais foram coladas em cartazes e lidas para o grupo. A partir das respostas afixadas nas tarjetas, os participantes das equipes Azaléia e Girassol, investigaram sessenta temas geradores. Estas temáticas foram identificadas separadamente pelas equipes, mas devido a sua similaridade serão apresentadas em conjunto.

Após, reunimo-nos com nossa orientadora para analisar e agrupar os temas geradores levantados pelos profissionais neste círculo. Os temas foram agrupados em vinte e seis temáticas significativas a partir da realidade dessas equipes:

#### 1) Qual o seu papel enquanto profissional da ESF?

- Ter visão crítica e reflexiva;
- Trabalho curativo, de promoção da saúde e de prevenção de doenças;
- Territorialização;
- Escuta qualificada;
- Elo entre comunidade e unidade;
- Planejamento de Saúde;
- Trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

#### 2) O que é saúde para você? De que forma você, de acordo com suas atribuições profissionais, contribui para a saúde da comunidade?

- Bem estar geral: harmonia corpo, alma e mente;
- Qualidade de vida;
- Convívio harmonioso na comunidade e núcleo familiar;
- Acesso a boas condições de trabalho, educação, moradia e áreas de lazer;

- Estimular controle social;
- Acolher bem os pacientes.

3) Quais as potencialidades de se trabalhar na ESF?

- Trabalhar de forma integral, considerando os indivíduos como seres biopsicossociais;
- Vínculo com a comunidade;
- Resolubilidade;
- Apoio mútuo;
- Aprendizado contínuo;
- Usar recursos da comunidade.

4) Quais as fragilidades de se trabalhar na ESF?

- Déficit na comunicação interna e externa;
- Falta de RH;
- Sobrecarga de trabalho;
- Falta de atividade voltada para saúde do trabalhador;
- Déficit no controle social relacionada ao pouco interesse da população;
- Organização do trabalho;
- Dificuldade em realizar acolhimento.

Com relação às temáticas agrupadas, pudemos perceber que os profissionais têm conhecimento das suas atribuições, pois são condizentes com a PNAB. Além disso, possuem uma visão ampla sobre o conceito de saúde, uma vez que “fogem” do conceito tradicional e atribuem as boas condições de vida da comunidade aos serviços oferecidos. Desta forma enfatizam a importância da promoção da saúde e do controle social.

Como pontos positivos enfatizaram-se a importância de conhecer a comunidade e estabelecer vínculo, o apoio mútuo entre a equipe proporcionando saberes interligados e o trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

No que diz respeito aos pontos negativos destacaram-se, como problemas vivenciados atualmente, a falta de recursos humanos que intensifica a sobrecarga de trabalho, o déficit na comunicação interna e externa e a dificuldade na organização do trabalho.

## **2º Círculo de Cultura**

Esta etapa consistiu na codificação dos temas gerados. No Círculo de Cultura da equipe Girassol, estavam presentes quatro profissionais e na da equipe Azaléia, cinco profissionais.

Inicialmente foi feita uma breve retrospectiva do Círculo anterior, com a leitura dos temas gerados, bem como os vinte e seis temas agrupados, para posterior validação e discussão dos profissionais.

Como foi identificado na investigação temática que os profissionais realizam seu trabalho de acordo com a PNAB, julgamos importante reforçar, neste encontro, as suas atribuições. Sendo assim, cada profissional leu para o grupo, trechos das atribuições gerais e individuais de todos os profissionais, com posterior discussão e reflexão a respeito das atividades que desenvolvem no CS.

Com a realização deste Círculo, para proceder à codificação dos temas, apesar de os encontros serem realizados separadamente com as equipes Girassol e Azaléia, inesperadamente, durante a discussão, observamos que as falas dos participantes convergiram para a mesma necessidade de trabalho. Assim, as vinte e seis temas investigados na primeira fase do Itinerário Freireano, foram sintetizadas em três temáticas significativas: acolhimento, organização do trabalho e comunicação.

Após a codificação dos três temas, percebemos claramente, que o desejo dos participantes, tanto da equipe Girassol quanto da equipe Azaléia, era de se trabalhar mais a fundo a questão da comunicação da equipe como um todo, tanto interna (profissional/profissional) quanto externa (profissional/usuário) nos próximos encontros.

## **3º Círculo de Cultura**

Neste momento foi realizada a fase da decodificação do Itinerário Freireano. Após o diálogo com os participantes acerca da comunicação e a partir da sua problematização nos círculos anteriores, foi necessário realizar a sua decodificação pelo processo reflexivo. Estiveram presentes nesta etapa onze participantes.

Neste terceiro encontro, surgiu a necessidade de unir as duas equipes, uma vez que o tema por elas sugerido – a necessidade de se trabalhar a comunicação – foi o mesmo e interfere em todos os profissionais que atuam na unidade.



Por esse motivo, apesar de a proposta inicial ser de se trabalhar sobre a ESF somente com as equipes de saúde da família, convidou-se também as dois profissionais do setor administrativo que trabalham na recepção, pois os participantes entenderam que a comunicação tem grande influência para o trabalho que estes realizam e reflete no trabalho de todos os outros profissionais do CS.

Para auxiliar na reflexão dos profissionais, foi fornecido um trecho do capítulo três do livro *Pedagogia do Oprimido* de Paulo Freire: *A dialogicidade – essência da educação como prática da liberdade*, que expõe sobre o diálogo. O texto foi adaptado para uma forma mais simplificada, por julgar ser um texto de difícil entendimento para uma única leitura e pelo pouco tempo que dispunham os profissionais para tal leitura e discussão. A adaptação do texto consistiu em colocar os trechos mais relevantes do capítulo, que indagavam sobre a importância e os princípios do diálogo. Dividimos os participantes em quatro grupos para facilitar a concentração para a leitura e reflexão inicial. Tivemos o cuidado inicial de dividir os grupos de forma heterogênea, por diferentes profissionais, para enriquecer a discussão.

Após a leitura, abrimos um momento para discussão sobre o texto e pedimos que trouxessem a reflexão para o seu dia-a-dia no Centro de Saúde. O texto proporcionou uma abertura muito grande para os profissionais que refletiram sobre vários aspectos como: a importância de se expressar de forma a ser receptiva ao outro, pois caso contrário pode denotar autoritarismo; a idéia errônea de subestimar a compreensão do outro baseado nos pré-conceitos, pré-julgamentos, dificultando o diálogo e o compartilhamento de saberes; a dificuldade de aceitação do discurso do outro, principalmente quando consiste em críticas, pois dessa forma, dificulta as pessoas para análise dos seus próprios atos, impossibilitando a mudança necessária para atingir melhor seus objetivos; a influência do estresse do dia-a-dia como um entrave para a comunicação; a importância de se ter empatia, pela dificuldade de se comunicar com quem não se tem afinidade; a importância de se ter amor pelas pessoas; saber como criticar, de forma que seja construtivo e não ofensivo ao outro; a possibilidade de aprender com o outro por meio do diálogo; e o discernimento para manter o diálogo de forma horizontal.

Além disso, enfatizou-se no discurso dos profissionais, a importância da concretização da fala em atos, pois, se o discurso é diferente dos atos, acarreta em falta de confiança das pessoas que fazem parte do seu convívio, como pode ser visto a seguir: “Agir diferente do que se fala vai refletir na falta de confiança” (participante Azul), “O verdadeiro diálogo vai gerar confiança” (participante Amarelo), “O diálogo pautado na humildade, no amor, que traz a confiança... Você coloca esse sentimento na sua comunicação” (participante

Vermelho).

Esse momento foi muito rico para os participantes, todos se sentiram abertos para ouvir e ser ouvido. Todos refletiram a importância do diálogo e como ele reflete em seu trabalho.

Para o próximo encontro os participantes solicitaram uma dinâmica que fosse destinada ao bem estar deles próprios, por acreditarem que estando bem consigo mesmos teriam maior efetividade na comunicação.

#### **4º Círculo de Cultura**

Esse período faz parte do último momento do Itinerário proposto por Paulo Freire. O desvelamento crítico possibilita a inserção dos participantes no seu mundo real, decorrente das reflexões anteriormente realizadas, com conseqüente tomada de decisão.

Realizamos uma atividade que proporcionasse bem estar físico e mental, mas também que identificasse aspectos relativos ao relacionamento interpessoal visto ser uma temática que emergiu nos Círculos. Dessa forma desenvolvemos uma atividade inicial de relaxamento, seguido de uma dinâmica voltada para o desenvolvimento/avaliação do trabalho em equipe. Neste círculo participaram onze profissionais.

Para o relaxamento, solicitamos que os participantes formassem duplas de sua escolha. Cada dupla realizou uma massagem no parceiro por cinco minutos. Passado isso, as duplas trocaram de posições e os que estavam realizando a massagem, puderam receber uma massagem do colega.

Em seguida, os participantes distribuíram-se em colchonetes. Com música ambiente e tranqüila, fomos induzindo-os ao relaxamento corporal e mental. Durante esse momento, lemos um texto para reflexão chamado *Morangos*, de Roberto Shinyashiki. Tal mensagem aborda a importância de se aproveitar cada momento da vida, mesmo com as dificuldades encontradas, pois elas sempre existirão. Dessa forma, surgiu a compreensão de que, mesmo diante das dificuldades que sempre persistirão, devem-se buscar soluções para fazer sempre o melhor.

Após o relaxamento, iniciamos a dinâmica dos canudos. Primeiro entregamos cinco canudos para cada participante e solicitamos que eles produzissem algo com os canudos. Depois da produção individual, pedimos que formassem quatro duplas e um trio para continuarem a produção. Não ditamos regras, apenas dissemos que precisavam fazer algo com

os canudos que lhes foram dados.

Após o término da produção das duplas e do trio, solicitamos que formassem dois grupos maiores, um de cinco participantes e outro de seis, e então foram orientados da mesma forma: que produzissem algo. E por fim, pedimos que os dois grupos se fundissem em um grande e único grupo para realizar mais uma produção com os canudos.

Com o grande grupo formado, de onze participantes, questionamos o que cada um realizou com os canudos, o que levou a produzir tal objeto e como se sentiu em cada etapa (sozinho, dupla, grupo e grande grupo).

Muitos lembraram a sua infância e fizeram objetos como pulseiras, estrelas, tiaras. Outros pensaram na velhice, um dos participantes fez uma bengala. Durante a produção inicial relataram a dificuldade em ter que produzir algo sem um objetivo em comum, sem ter que depender do outro, fazer algo sem estar direcionado ao outro.

Com a formação das duplas, o desejo de unir o que cada participante produziu foi unânime. Além de relatarem a vontade de unir a sua produção com o colega, comentaram do cuidado que tiveram em não “magoar” o outro, pois em alguns casos, precisaram desmanchar o que um havia produzido para unir com a produção do outro.

Todos se sentiram bem em unir os trabalhos feitos, mesmo que isso dependesse da mudança do que cada um havia realizado inicialmente.

Na junção da produção das duplas para o grupo de cinco e seis pessoas e depois para o grande grupo, relataram a sensação de que o trabalho em conjunto estava ficando melhor do que o individual, com busca dos objetivos do que se estava produzindo e a percepção de que o resultado final era produto do trabalho de cada um. Além disso, percebemos a disponibilidade dos participantes em se adequarem ao grupo para a efetivação do trabalho em equipe. Isso se evidencia na fala de um dos participantes:

“Todas as peças, todas as formas de a gente se expressar é porque cada um é de um jeito... Eu posso ver qual que é o meu melhor jeito dentro desse grupo, que vai se encaixar melhor em todos os outros jeitos...”. (participante Rosa)

Quando questionados para trazer essa reflexão para o seu dia-a-dia no CS, comentaram da dificuldade em planejar suas atividades em conjunto por conta do tempo limitado que têm para se reunir. Atribuem essa dificuldade à falta de RH, que acarreta no acúmulo de funções para todos. Tal análise se expressa na frase:

“Tínhamos um objetivo comum que era de formar uma coisa só. Acho que o facilitador nesse momento foi que a gente estava próximo... que um dos ruídos da

comunicação é que a gente está próximo mas também está distante” (participante Rosa)

Nesse momento, percebemos que os participantes entenderam que as dificuldades existirão sempre, mas o importante é que se trabalhe com as possibilidades do “hoje”. Por isso existe a necessidade de se organizar melhor no seu serviço, fazendo suas atividades da forma que é possível, com qualidade, e, além disso, aceitando as fragilidades do colega e enaltecendo suas potencialidades. Isso se confirma por meio das frases:

“Olhar também para o bom do outro, porque todo mundo tem potenciais, só que aparecem mais os defeitos do que o potencial”. (participante Rosa)  
 “Fazer o agora sem nos prejudicar e sem prejudicar a comunidade e explicando isso pro outro”. (participante Amarelo)

Ao final desse encontro os participantes julgaram importante a realização de mais um círculo de cultura, a fim de oportunizar um momento para compartilhamento de sugestões e de possíveis soluções práticas para melhorar os nós do tema gerador que é a comunicação. Segundo os próprios participantes, um momento para planejamento da equipe e delegação de funções.

Podemos perceber que os profissionais têm conhecimento dos seus problemas, que atualmente prevalece na dificuldade da realização do seu trabalho devido à falta de RH e desta forma percebem que é algo que foge de sua governabilidade. Mesmo assim os profissionais estão empoderados e apostam na melhoria da comunicação para aprimorar a organização do trabalho.

## **5º Círculo de Cultura**

Este encontro, ainda como consequência do último momento do Itinerário, destinado à finalização dos círculos de cultura, incide para a consequente tomada de decisão, ou seja, ação-reflexão-ação.

Este último momento foi reservado para a fala dos profissionais acerca das sugestões práticas a que estão propostos a realizar para melhoria da comunicação. Estavam presentes dez profissionais.

Sendo assim, os participantes sugeriram a organização de um mural, situado na recepção, com o objetivo de informar questões gerais da organização do trabalho (ausências, atividades que serão realizadas, recados para os profissionais).

Além disso, outro encaminhamento indicado foi a realização de um cronograma mensal das atividades realizadas pelos profissionais no CS, com horário e responsável pelos grupos, bem como a definição do profissional responsável para sua formulação. Tal cronograma deverá ser afixado no mural e também em pastas que contém as informações de rotinas da unidade em cada consultório.

Surgiu a idéia de anotar no cartão do paciente, tanto em consultório, quanto na recepção do CS ou nas visitas domiciliares, o dia do grupo em que este quer participar, pois as atividades em grupo demandam, para a sua realização, a mobilização de muitos profissionais, no entanto tem pouca repercussão, pela pouca participação da comunidade decorrente da carência da divulgação.

Definiu-se uma responsável por assumir a leitura dos e-mails de comunicação interna procedentes do sistema de informação da Secretaria de Saúde, quando na ausência da coordenadora.

Determinou-se a realização da reunião semanal dos técnicos de enfermagem.

Foi sugerido, também, um momento de relaxamento (alongamento, música, poesia, contar uma piada, ou seja, um “quebra gelo”) com intuito de possibilitar, segundo eles, o alívio do estresse, da ansiedade e da angústia decorrente da rotina de trabalho. Este momento será realizado ao final de cada turno de trabalho, no auditório da unidade, diariamente, para possibilitar que todos os profissionais possam participar em um dos períodos. A cada encontro será decidido o responsável para o próximo.

Por fim, percebemos que os profissionais concluíram que neste momento de crise, estão fazendo o possível para atender a população mais necessitada sem perda da qualidade da assistência, e por isso não devem sofrer ou se auto-julgar.

Perceberam a necessidade de se organizar mais para otimizar o seu tempo e as atividades que desenvolvem.

Desta forma estão mais focados nos seus objetivos e tendo a consciência de que existem situações que fogem de sua governabilidade.

## **DISCUSSÃO**

Partimos do pressuposto de que os profissionais do estudo realizavam ações fragmentadas e, por conseguinte, não desempenhavam suas funções na lógica da Estratégia de Saúde da Família. Durante a vivência nos Círculos de Cultura, percebemos que os

profissionais estão *empoderados* na lógica da ESF, pois conhecem suas atribuições, valorizam o trabalho em equipe e sua eficácia, realizam trabalho multiprofissional, enfatizam a importância da promoção da saúde, trabalham com o indivíduo e coletivo de forma integral, têm conhecimento da realidade da população adscrita (muitos fazem parte dela), têm vínculo com a comunidade e incentivam o controle social.

Um dos fatores que justifica tal modo de trabalho, é que a equipe se sustenta em um conceito amplo de saúde, que condiz com o da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o qual relaciona saúde às boas condições de trabalho, moradia, educação, meio ambiente, lazer e segurança (BRASIL, 1986).

A partir do momento em que se tem uma visão holística do indivíduo, suas ações de saúde são reflexos dessa ideologia.

Apesar disso, a equipe percebe que sofre dificuldade para a realização das suas ações por conta da deficiência da comunicação dos profissionais, que atualmente se intensifica pela falta de recursos humanos, motivo este que foge da sua governabilidade. Durante as discussões os profissionais refletiram sobre a importância do diálogo para uma efetiva comunicação e como ele reflete em seu trabalho. Entendendo que para que isto ocorra de forma concreta, o diálogo deve ser embasado na horizontalidade das relações, na troca de saberes, na empatia e na concretização da fala em atos.

Isso converge com o pensamento de Freire (1987, p. 44) de que:

A palavra inautêntica, por outro lado, com que não se pode transformar a realidade, resulta da dicotomia que se estabelece entre seus elementos constituintes. Assim é que, esgotada a palavra de sua dimensão de ação, sacrificada, automaticamente, a reflexão também, se transforma em palavreria, verbalismo, blablablá. Por tudo isto, alienada e alienante. É uma palavra oca, da qual não se pode esperar a denúncia do mundo, pois que não há denúncia verdadeira sem compromisso de transformação, nem este sem ação. [...] Se, pelo contrário, se enfatiza ou exclusiviza a ação, com o sacrifício da reflexão, a palavra se converte em ativismo. Este, que é ação pela ação, ao minimizar a reflexão, nega também a práxis verdadeira e impossibilita o diálogo.

Aliando-se ao pensamento Freireano, que reforça os princípios da horizontalidade do diálogo, da reflexão da realidade vivenciada e sua problematização, surge a importância do *empoderamento* como ferramenta para a tomada de decisão.

Wheeler & Chinn (1991, *apud* Waldow, 2005), comentam sobre a estratégia de ensino embasada em atividades de conscientização, através da práxis, do *empoderamento*, da consciência, do consenso e da evolução. Tal estratégia visa provocar a transformação a partir da reflexão.

Desta forma, os encontros proporcionaram momentos de discussões e reflexões, despertando o *empoderamento* dos participantes na busca da transformação, visando à melhor

organização do trabalho e consequente melhoria das ações de saúde.

A práxis é entendida como ação-reflexão-ação, sendo tais ações influenciadas pelos nossos pensamentos, valores e ética. O *empoderamento* consiste em confiar poder ao outro de forma que a pessoa desperte dentro de si tal poder e desenvolva suas habilidades pessoais para por em ação aquilo que deseja. A consciência é o comprometimento ativo de solidariedade e de integralidade com o grupo. O comprometimento do grupo para tomar decisões por consenso surge dos princípios de unidade mutuamente definidos onde cada pessoa é igualmente valorizada quando são tomadas decisões (WALDOW, 2005).

A evolução é um comprometimento para com o crescimento no qual a mudança e transformação são conscientes e deliberadas. Conforme lidamos umas com as outras dentro do contexto, nós mudamos, especialmente à medida que nos engajamos em práxis (WALDOW, 2005).

A cada encontro pudemos perceber a grande força que os profissionais têm para o desejo de mudança pela melhoria do trabalho, bem como a sua preocupação com a qualidade da assistência prestada.

Uma das vantagens desses encontros, na perspectiva dos profissionais, foi que estes momentos proporcionaram a análise crítica das ações realizadas, seus resultados, e a necessidade de discuti-las em conjunto para sua transformação. Desta forma, o *empoderamento* da equipe se destaca, a partir do momento em que os próprios profissionais percebem a importância de parar, se reunir, planejar suas ações e avaliá-las, em um processo contínuo, como parte de sua rotina, entendendo que não é desperdício de tempo e sim um momento de planejamento para melhor organização do trabalho.

Associando essas concepções ao resultado que obtivemos na pesquisa, percebemos que os participantes estão se *empoderando* e comprometendo-se individual e coletivamente com a ação-reflexão-ação da sua práxis cotidiana.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que ao final desta pesquisa conseguimos alcançar nosso objetivo principal proposto inicialmente, o qual teve intuito de *empoderar* as equipes, de um Centro de Saúde na lógica da Estratégia de Saúde da Família.

A abordagem da pesquisa favoreceu o levantamento dos temas geradores que posteriormente se sobressaíram e, consequentemente, nos levaram a trabalhar junto aos

profissionais sobre a fragilidade mais evidente que se refletia em algumas rotinas da unidade.

Utilizar a metodologia de Freire possibilitou a reflexão dos profissionais acerca das situações vivenciadas através da realização de Círculos de Cultura, nos quais foi possível identificar as ações de saúde desenvolvidas, dialogar com eles sobre sua inserção na ESF e refletir acerca do *empoderamento* da equipe.

A Promoção da Saúde, como estratégia de promoção de ações de saúde que buscam a melhoria da qualidade de vida, traz inserida em sua política, a noção do *empoderamento* através da produção da autonomia e co-responsabilidade da população, tornando-se uma abordagem essencial para o estímulo do controle social. Junto a isso, percebemos a importância de se trabalhar com *empoderamento* embasado nas estratégias que regem a Política Nacional de Promoção da Saúde visto que as equipes são estimuladas a compreender e desempenhar um modelo de ação de saúde diferenciado daquele fragmentado que se fazia presente.

Dentre os assuntos levantados nos Círculos de Cultura, a abordagem do diálogo como forma de exercitar a comunicação entre os profissionais foi de grande valia para que os participantes pudessem refletir sobre o assunto, permitindo a troca de percepções e favorecendo a relação dialógica horizontal como pilar das relações diárias.

Conforme identificadas nas temáticas, vimos que os profissionais buscam exercer suas funções de acordo com a lógica da ESF, porém encontram fatores condicionantes ao surgimento de algumas fragilidades importantes, como o déficit de recursos humanos, que proporciona uma debilidade na dinâmica da unidade podendo acarretar na sobrecarga de tarefas e em atividades fragmentadas.

A realização dos círculos de cultura foi um fator que facilitou o exercício dos profissionais, fortalecendo sua autonomia, no entanto percebemos que sempre haverá a necessidade de se *empoderar* para o enfrentamento de novos desafios.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF. 2006. 60 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica\\_nacional\\_%20saude\\_nv.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf)>. Acesso em 30 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. - Brasília, DF. Mar. 1986. Disponível em: <



[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf).> Acesso em: 18 nov. 2010.

CARVALHO, Sérgio R; GASTALDO, Denise. **Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.13, dez/2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

HEIDEMANN, I.T.S.B. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2006. 296f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 20º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

OPAS - Organização Panamericana da Saúde. **Carta de Ottawa**. In: Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde, Nov. 1986, Ottawa. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 30 out. 2010.

WALDOW, Vera Regina. **Estratégias de ensino na enfermagem: Enfoque no cuidado e no pensamento crítico**. 2ª ed. Petrópolis, RJ. Editora Vozes. 2005. 133 p. (Série Enfermagem).

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que a partir da realização desta pesquisa, conseguimos atingir nosso objetivo proposto inicialmente, que foi *empoderar* as equipes de um Centro de Saúde na lógica da Estratégia de Saúde da Família. Isto se fez através da realização dos círculos de cultura baseados no Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, sendo possível identificar as ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais, dialogar com eles acerca da sua inserção na ESF e refletir sobre o *empoderamento* dos profissionais nas atividades do CS.

Conforme as bases teóricas e as políticas públicas que vêm surgindo desde as primeiras conferências de saúde pública, especialmente a Estratégia de Saúde da Família, percebemos a grande necessidade de trabalhar com um dos principais atores desse processo: os profissionais da saúde, para seu *empoderamento*, sob a ótica individual e coletiva, em busca do autoconhecimento reflexivo, em busca da melhoria da assistência prestada, em busca de melhores condições para uma população saudável. Acreditando nisso, o estudo teve como eixo norteador trabalhar o *empoderamento* dos profissionais da saúde acerca das ações que desenvolvem no CS.

Surpreendemo-nos com a experiência vivida, pois partimos do pressuposto de que as equipes de saúde não estavam realizando suas atividades conforme a Estratégia de Saúde da Família e o que identificamos foi que o produto deste trabalho foi extremamente diferente do esperado. Isso se explica pelas ações de saúde que os profissionais realizam, que ocorrem na lógica da ESF. Entretanto surgem problemas que fogem da sua governabilidade, que atualmente consiste na falta de recursos humanos e consequentemente se reflete na dificuldade da realização de uma comunicação efetiva. Desta forma há a necessidade permanente de se *empoderar* para superar as dificuldades existentes.

Trabalhar a metodologia de Freire foi um aspecto facilitador nessa pesquisa, pois permitiu que “entrássemos” no mundo desses profissionais, e crescêssemos em conjunto com eles, abrindo nossos horizontes para novas percepções. Sendo assim, confirmamos a relevância da relação dialógica e da horizontalidade. Com isso ressaltamos a importância do trabalho mútuo no qual cada um tem ciência de sua parte para composição do todo.

Entendemos que ainda há muito que evoluir, pois nunca chegaremos à perfeição, estaremos sempre na busca por novos conceitos, novas estratégias, novas políticas, novos objetivos, pois a evolução é um processo contínuo.

Durante os círculos com os profissionais percebemos a íntima relação entre a área da

Enfermagem e a área da Educação, evidenciada pelas várias ações de saúde que promovem colocando-se sempre a frente das decisões, incentivando as ações de promoção da saúde.

Como sugestão para uma futura pesquisa, em vista do que vivenciamos em nosso estágio supervisionado, identificamos a forte influência do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na realização do trabalho das equipes de saúde da família e julgamos importante aprofundar este tema.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF. 2006. 60 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica\\_nacional\\_%20saude\\_nv.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf)>. Acesso em 30 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. - Brasília, DF. 1990. 10 p. Disponível em: <<http://www.geosc.ufsc.br/babcsus.pdf>>. Acesso em 30 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família**. - Brasília, DF. 2010. Disponível em: <<http://200.214.130.35/dab/index.php>>. Acesso em 30 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF. 2006. 60 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde. v. 4. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume4.pdf>>. Acesso em 04 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. - Brasília, DF. Mar. 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2010.

CARVALHO, S. R. **Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul-ago. 2004.

CARVALHO, Sérgio R; GASTALDO, Denise. **Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.13, dez/2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

HEIDEMANN, I.T.S.B. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2006. 296f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

IUHPE, International Union For Health Promotion And Education. **20ª Conferência Mundial Sobre Promoção da Saúde**. Genebra - Suíça. jul. 2010. Disponível em: <[http://translate.googleusercontent.com/translate\\_c?hl=pt-BR&langpair=en|pt&u=http://www.iuhpe.org/%3Fpage%3D33%26lang%3Den&rurl=translate.google.com.br&usg=ALkJrhgZ\\_2kIKX1KyEpCAzZLLNYIga5XA](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=pt-BR&langpair=en|pt&u=http://www.iuhpe.org/%3Fpage%3D33%26lang%3Den&rurl=translate.google.com.br&usg=ALkJrhgZ_2kIKX1KyEpCAzZLLNYIga5XA)>. Acesso em 04 nov.

2010.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 20ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

OPAS, Organização Panamericana da Saúde. **Carta de Ottawa**. In: Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde, 1. , nov. 1986, Ottawa. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2010.

\_\_\_\_\_. **Declaração de Alma Ata**. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde. Set. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 30 out. 2010.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza (Org.). **Saúde da Família: Considerações teóricas e Aplicabilidade**. 1ª. São Paulo: Martinari, 2008. 423 p.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado da Saúde. **Portaria Nº648/GM de 28 de Março de 2006**. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto\\_de\\_Gestao/portarias/GM-648.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html)>. Acesso em 30 out. 2010.

TEIXEIRA, Mirna B. **Empoderamento de Idosos em Grupos Direcionados à Promoção da Saúde**. 2002. 144f. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

VALOURA, Leila de Castro. **Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador**. Programa Comunicarte de Residência Social 2005/2006.

WALDOW, Vera Regina. **Estratégias de ensino na enfermagem: Enfoque no cuidado e no pensamento crítico**. 2ª ed. Petrópolis, RJ. Editora Vozes. 2005. 133 p. (Série Enfermagem).

## APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO SUJEITO DA PESQUISA



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome da pesquisa: "**Empoderando as equipes de Saúde da Família de um Centro de Saúde em Florianópolis**".

Este projeto tem como objetivo principal "*Empoderar as Equipes de Saúde da Família, de um Centro de Saúde na lógica da Estratégia de Saúde da Família*" e será desenvolvido sob supervisão da Enfª Larissa Helena Lamego Mattos e Enfª Marileia da Silva, e sob orientação da Profª Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann.

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar do estudo conduzido pelas acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Denise Becker, Fernanda Simas França e Vanessa Martins da Silva, com as quais posso entrar em contato no momento que desejar.

Minha participação no estudo é voluntária, posso recusar a participar do mesmo sem que isso me traga malefício algum e em caso de desistência em qualquer fase do mesmo, será necessária apenas a comunicação a uma das pesquisadoras. Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro não terei nenhum tipo de recompensa ou remuneração.

Estou ciente de que os dados referentes ao estudo serão sigilosos e privados, assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os Círculos de Cultura serão realizados no Centro de Saúde da Armação durante a reunião semanal dos profissionais de cada Equipe de Saúde da Família. Será disponibilizado cerca de uma hora da reunião para esse fim. A coleta de dados será realizada durante estes Círculos através do diálogo, gravação e transcrição das informações obtidas. Poderei solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Compreendo que os resultados desse estudo serão dados a mim, caso os solicite, e que serão utilizados para, além dos benefícios à Unidade, divulgação do trabalho em meio acadêmico e em publicações técnico-científicas e que qualquer dúvida ou outras informações em relação à pesquisa poderão ser esclarecidas em contato pelos telefones abaixo ou pessoalmente. **Acadêmicas de Enfermagem Responsáveis pela Pesquisa:** Denise Becker, Fernanda Simas França e Vanessa Martins da Silva.

Telefones para contato: (48) 99575136 / 99638876 / 84192131

**Orientadora:** Profa. Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Telefone para contato: (48) 3721-9480

Assinatura das responsáveis pela pesquisa:

\_\_\_\_\_  
Denise Becker

\_\_\_\_\_  
Fernanda Simas França

\_\_\_\_\_  
Vanessa Martins da Silva.

Profa. Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ (participante do estudo),  
fui esclarecido sobre a pesquisa acima e concordo em colaborar de maneira livre e voluntária  
do desenvolvimento desta pesquisa.

Endereço:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefone para contato: ( ) \_\_\_\_\_  
Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Responsável pelo participante da pesquisa

NOTA: Este consentimento será assinado em 2 vias: uma ficará com as pesquisadoras e a  
outra com o próprio participante.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

**DISCIPLINA:INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**

**PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE  
CONCLUSÃO DE CURSO**

O trabalho intitulado "Empoderando as equipes de saúde de um Centro de Saúde de Florianópolis", das alunas Denis Becker, Emanada Simas France, Vanessa Martins de Silva foi aprovado pela Banca examinadora, recebendo a nota 10. Foi ressaltada a importância do tema para o reforço das equipes de Saúde da Família e sugerida a publicação da pesquisa realizada. Como sugestão de modificação a banca sugeriu modificações no título do trabalho, e inserção, explicação da metodologia de abordagem qualitativa para Investigação Temática. Além disso, foi solicitada explicação das facilidades, limites, potencialidades quanto a temática utilizada, empoderamento.

Parabenizo as alunas pelo esforço e desempenho no desenvolvimento do trabalho.

Donete G. S. Reis Andeucena